RPDA
Sorties Précoces à Domicile après Accouchement : mode d'emploi

Dr A.LOCQUET

service de néonatalogie du Pr G.VITTU

maternité Saint Vincent de Paul à LILLE (G.H.I.C.L)

chef de service : Pr D.HOUZE DE L'AULNOIT

sage femme cadre : MM V. Pinte

chargée de mission : MM I. Brassard

La Métropole Lilloise

- 21 650 naissances en 2005
- 1,5 M d'habitants et une concentration urbaine importante
- Un réseau de soins périnatals : **OMBREL,** réunissant les 13 maternités de la métropole Lilloise
- A l'époque de la réflexion : dépôt par la maternité du CHRU d'un dossier de demande d'autorisation de places d'HAD en périnatalité

  Indications d'HAD au dossier :
  - ANTE PARTUM (MAP, pathologie vasculo-rénale, retard de croissance intra-utérin, surveillance de fin de grossesse, hémorragies 2ième et 3ième trimestre)
  - POST PARTUM :
    - patientes toxicomanes
    - problèmes de cicatrisation
    - multipares voie basse sans problème d'allaitement
- Aucune offre locale d'accompagnement des sorties précoces

La maternité de l'Hôpital Saint Vincent de Paul

- **2004 : implantation de la maternité sur l'hôpital Saint Vincent de Paul, à proximité immédiate de la néonatologie (niveau IIb)**
  - **36 lits HC de maternité dont :**
    - 28 de suite de couches
    - 8 de grossesses pathologiques
    - 2 places d'hôpital de jour
  - **15 lits de Néonatologie dont :**
    - 6 de Soins intensifs
    - 9 de soins continus



- **2005 : boom d'activité**
  - **Passage de 1250 à 1850 accouchements**
  - Moyenne de 38 refus d'inscription par mois
- **Fin 2005 : réflexion projet 2006**
  - Question 1 : Faut-il déployer le capacitaire de la maternité et passer à 50 lits (autonomisation des grossesses pathologiques et passage à 36 lits de suite de couche) ? Quel serait alors le point mort de l'activité ? Est-ce réaliste ?
  - Question 2 : Comment renforcer l'activité en mobilisant les ressources supplémentaires (2 ETP SF) et en offrant une prestation nouvelle ?

Éléments pris en compte

- **L'activité :**
  - Analyse du case-mix (nb de séjours par GHS)
  - Un écart à la DMS nationale légèrement favorable localement
- **Les moyens :**
  - 2005 : nomination 7ème PH sur Gyn+Obs et arrivée nouvelle CCA
  - Fin 2005 : 2 postes de SF à mobiliser >> suivi de la croissance d'activité et/ou mise en œuvre d'autre chose en termes de prise en charge .
  - Le financement des nouveaux moyens était acquis et pouvait être déployé au titre de l'accompagnement strict de l'augmentation d'activité avec le risque de faire basculer en négatif de compte d'exploitation de la maternité si iso-activité 2005 en 2006.

Moyens humains en obstétrique

- **Cadre réglementaire : Décret n°98-900 du 9 octobre 1998**
  - **Sage-Femmes :**

    contraintes sur le nombre d'ETP SF en secteur naissance : au delà de 1000, plus 1 ETP par tranche de 200 naissances supplémentaires (cap suivant à 2500 : 1 coord) >> soit :
    - 5 ETP jusque 1999 naissances
    - 6 ETP jusque 2199 naissances
    - 7 ETP jusque 2399 naissances
  - **Obstétriciens** : *(à quel niveau faudra-t-il envisager + 1 ?)*

    Au delà de 1500 naissances : présence 24h/24h dans l'unité >> OK
  - **Anesthésistes** :

    Au delà de 2000 naissances : présence 24h/24h dans l'unité

Remarque sur le « <u>cap des 2000 naissances</u> » :

- **Besoins en anesthésie** : + 0,5 ETP + astreinte >> coût marginal de 162 K€

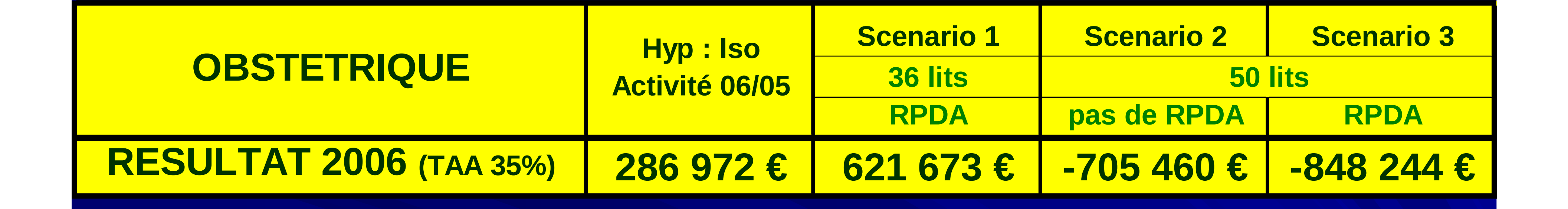
Les scénarios

- **Scénario 1 :**
  - Maintien à 36 lits sur 1 unique unité d'hébergement
  - Mise en place de l'accompagnement des sorties précoces après accouchement
  - Développement de l'activité de naissance limitée sous la barre des 2000
  - Développement de l'activité des grossesses pathologiques selon case-mix appliqué au nombre de journées dégagées (faible sur le conventionnel)
- **Scénario 2 :**
  - Déploiement sur 50 lits : 2 unités distinctes pour ante (HC+HDJ) et post partum
  - Pas de RPDA
  - Passage des 2000 accouchements : activité cible vs point mort ?
- **Scénario 3 :**
  - Id scénario 2
  - Avec RPDA

Sorties précoces accompagnées

- Activité prévisionnelle :
  - **230 à 285 sorties précoces annuelles**
  - **16% à 20% des naissances par voie basse sans complication**
  - **Soit 570 journées**
  - **120 accouchements supplémentaires**
- Impact sur les scénarios :
  - **Cette nouvelle forme de prise en charge situe le niveau d'activité juste sous la barre des 2000 naissances si on part de 1850 et sur 36 lits**
  - **remarque : si déploiement à 50 lits**
    - **Sans RPDA : point mort à 2600/2630 acc.**
    - **Avec RPDA : point mort à 2800/2850 acc.**

Approche économique des scénarios



OBSTETRIQUE	Hyp : Iso Activité 06/05	Scenario 1	Scenario 2	Scenario 3
		36 lits	50 lits	
		RPDA	pas de RPDA	RPDA
RESULTAT 2006 (TAA 35%)	286 972 €	621 673 €	-705 460 €	-848 244 €

Compte d'exploitation prévisionnel sur chaque scénario

(intègre l'ensemble des charges contribuant à l'activité)

800000
600000
400000
200000
0
-200000
-400000
-600000
-800000
-1000000

Orientations 2006 en maternité

- Le choix du scénario 1 « s'impose » :
  - Maintien à 36 lits sur 1 unique unité d'hébergement
  - Mise en place de l'accompagnement des sorties précoces après accouchement
  - Développement de l'activité de naissance limitée sous la barre des 2000
  - Développement de l'activité des grossesses pathologiques selon case-mix appliqué au nombre de journées dégagées (faible sur le conventionnel)

Les objectifs

1. Meilleure gestion des lits du service maternité permettant une augmentation raisonnable de l'activité.
2. Optimisation du rapprochement de la mère et du nouveau né au sein de la cellule familiale.

Recommandations (anaes mai 2004)

- Le RPDA doit s'accompagné d'un suivi organisé de la mère et de l'enfant dès le retour à domicile
- Consentement éclairé de la mère
- Couples mère-enfant à bas risque médical, psychologique et social
- Cahiers des charges spécifiques conforme aux recommandations
- Réorganisation de la chronologie de la préparation à la naissance et à la parentalité
- Pas d'incompatibilité avec le projet de naissance

Rentrer à la maison 3 jours après l'accouchement !

NOUVEAU : à partir du 1er septembre 2006

POURQUOI ?

Pour favoriser le rapprochement familial dans une ambiance privilégiée en préservant de bonnes conditions de sécurité.

QUI EST CONCERNÉ ?

- **Les mamans qui ont déjà au moins un enfant**
- **Les mamans qui ont accouché par voie basse (césarienne exclue)**
- **Les mamans qui souhaitent sortir le 3è jour suivant l'accouchement**
- **Les mamans qui habitent dans le secteur géographique défini par la maternité**

DANS QUELLES CONDITIONS ?

Le gynécologue obstétricien, la sage-femme et le pédiatre autorisent votre sortie selon certains critères.

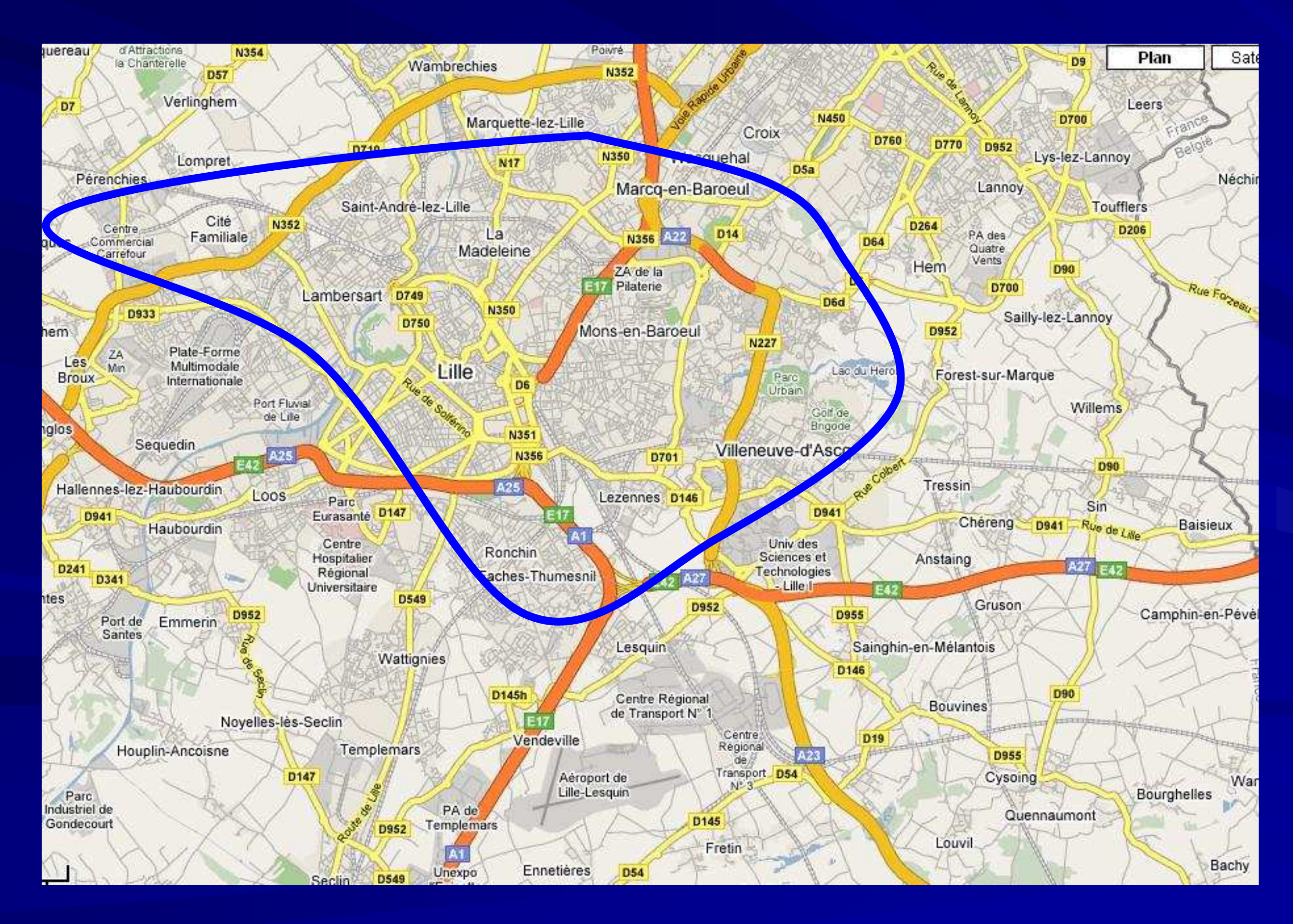
Il faut que votre bébé ne présente aucune maladie détectable au cours du séjour en maternité.

Votre médecin traitant sera averti de votre sortie.

Une sage-femme du service effectuera 2 visites programmées à domicile la semaine suivant l'accouchement, afin d'assurer votre suivi et celui de l'enfant. Munie de votre dossier, elle restera en contact avec l'équipe obstétricale et pédiatrique de la maternité, ce qui permet un avis immédiat, en accord avec votre médecin de famille si nécessaire.

Population concernée

Les multipares qui désirent sortir précocement et leur nouveau-né ayant au moins 60h de vie, résidant dans le secteur géographique prédéfini ci-joint.



FACHES-THUMESNIL

LOOS

HELLEMMES

MARCQ EN BAROEUL

LA MADELEINE

MONS EN BAROEUL

LAMBERSART

RONCHIN

LEZENNES

SAINT ANDRÉ

LILLE

VILLENEUVE D'ASCQ

LOMME

Rôle de l'obstétricien

L'obstétricien ou la sage-femme devra confirmer la sortie pour la mère après examen clinique et sous conditions :

- absence de signes d'infection
- contrôle du risque hémorragique
- contrôle de la douleur
- instauration du lien mère-enfant
- prise en compte de l'état psychique
- prise en compte de la précarité
- prévention des problèmes liés à l'allaitement maternel
- Sont exclus : les primipares, les césariennes.

GHICL Hôpital St Vincent de Paul Service Maternité

ÉVALUATION d'AUTORISATION DE SORTIE PRÉCOCE

Accouchement le : _____/_____/______ à ___ h____

DATE : _____/_____/______ **Ce jour à midi : J……. et H…….. (H60 minimum)**

MERE	étiquette
Multipare voie basse	OUI NON
Absence de Pb psy- sociaux	OUI NON
Absence de contexte infectieux	OUI NON
Absence de risque hémorragique	OUI NON
Contrôle de la douleur	OUI NON
Instauration lien mère/enfant	OUI NON
Secteur géographique respecté	OUI NON
	Si 1 non : exclusion
Consentement de la patiente	OUI NON
Autorisation de Sortie précoce	OUI NON
Nom et fonction	Date et Signature :
Rendez-vous à domicile	Le ____/_____/___
Liaison avec le médecin traitant : Nom : Ville :	OUI NON

Rôle du pédiatre

L'examen pédiatrique devra être réalisé le 1er jour et le jour de la sortie (y compris dimanche et férié) pour confirmation de celle-ci. La sortie se fera sous conditions :

- prise en compte de l'ictère et du risque lié à l'hyper bilirubinémie : une mesure au bilirubinomètre sera réalisée à J1 et à J3.
- Prise en compte du risque infectieux néonatal
- Absence de maladie détectable cliniquement
- Prise en compte du risque de déshydratation. Le poids, à lui seul, n'est pas un critère d'exclusion.
- Réalisation des tests de dépistage : test auditif fait +/- TDMM selon l'heure.
- Dans le cas où le TDMM n'est pas fait à la maternité, la SF le fait au domicile dès J4. Le carnet de santé et le certificat du 8è jour de l'enfant seront remis par la SF aux parents après réalisation de ce test.
- Apprentissage et information de la mère
- Sont exclus : les prématurés, les RCIU, les suspicions d'infection néonatale, les ictères importants, les hypoglycémies, les hypocalcémies.

GHICL Hôpital St Vincent de Paul Service Maternité

ÉVALUATION d'AUTORISATION DE SORTIE PRÉCOCE

Accouchement le : _____/_____/______ à ___ h____

DATE : _____/_____/______ Ce jour à midi : J……. et H…..... (H60 minimum)

ENFANT	étiquette
Terme > 37 SA	OUI NON
Bili < au seuil courbe	OUI NON
Bactério récupérée	OUI NON
Absence d' hypoglycémie	OUI NON
Absence d' hypocalcémie	OUI NON
Ex clinique pédiatrique : Pas de facteur de risque de déshydratation	OUI NON
Absence de maladie détectable cliniquement	OUI NON
	Si 1 non : exclusion
Test auditif fait	OUI NON
Autorisation de Sortie précoce	OUI NON
Nom du pédiatre :	Date et Signature :
vers __________H	
Fax OUI NON Tel OUI NON	Courrier : OUI NON

Rôle de la sage femme de maternité

- *La sage-femme qui assure le suivi à domicile doit fixer un RDV à la patiente avant sa sortie à J3 en vérifiant au préalable que toutes les conditions sont remplies, à l'aide du formulaire prévu à cet effet.*
- *La sage femme s'assure que la lettre de sortie pour le médecin traitant a été remise à la patiente et que le courrier lui a été envoyé le jour même spécifiant la sortie précoce.*
- *Elle fait également signer le consentement éclairé*

CONSENTEMENT À UNE SORTIE PRÉCOCE

Je, soussignée :

____

____

certifie accepter la possibilité de retour précoce à domicile le ______/______/_____ pour moi et mon enfant :

____

J'ai été informée et ai accepté la visite à mon domicile d'une sage-femme du service de Maternité 2 fois avant le 7eme jour suivant mon accouchement.

Elle procédera sur moi à un examen général et obstétrical. Elle contrôlera le poids, la bilirubine et s'assurera du bon état général de mon enfant.

Le médecin que j'aurai désigné comme mon médecin traitant sera averti de ma sortie.

Si après le retour à mon domicile je refuse le passage de la sage-femme, l'hôpital Saint Vincent de Paul informera le service de PMI de mon quartier afin qu'il prenne contact avec moi.

Fait à Lille, le : __________/__________/___________

Signature :

Le suivi a domicile

- Par une sage-femme détachée de l'hôpital 7jours/7, dossier obstétrical et dossier de soins en sa possession pour une meilleure prise en charge.
- 2 visites au domicile entre J4 et J7 selon les cas ;
- Examen général et obstétrical de la mère
- pesée et mesure par bilirubinomètre systématiques pour l'enfant ;auscultation cardiorespiratoire, appréciation du tonus et de la coloration.
- Réalisation du TDMM s'il n'a pas été fait en maternité avant la sortie ;
- Feuille de surveillance à remplir à chaque visite, archivée dans le dossier obstétrical. Carnet de santé de l'enfant complété ;
- Soutien téléphonique possible pour la patiente sur un numéro dédié le matin (la 1ère semaine) et en appelant le service maternité le reste du temps.









MERE Examen général et Obstétrical	Le ______/______/_______ à ____ h_____ J ___	Le______/______/_______ à ____ h_____ J_____
État général		
T.A.		
T° si nécessaire		
Seins		
Utérus		
Périnée		
Lochies		
Membres inférieurs		
S.F.U.		
Éducation Information		
Allaitement maternel		
Allaitement artificiel		
Toilette nouveau- né		
Change		
Soins cordon		

DIAGRAMME DE SOINS À DOMICILE

Accouchement le : ______/______/_______
à ______ h_______

Sortie le : _____/_____/______ à
______ h_______

ENFANT	Poids de sortie :	Bilirubinomètre de sortie :
Poids		
Tonus		
T°		
Auscultation cardio- respiratoire		
Bilirubinomètrie		
TDMM		
Pls fémoraux		
Conclusions de la visite		
Nom et signature de la sage-femme		

Conduite à tenir devant une pathologie se déclarant après la sortie de maternité

Dans tous les cas, la sage-femme informe systématiquement le gynécologue-obstétricien ou le pédiatre de la maternité du problème et de la prise en charge choisie.

1. **Chez la mère :** libre choix
   - du médecin traitant
   - du gynécologue de la patiente
   - du gynécologue-obstétricien de la maternité

2. **Chez l'enfant :**

En cas de problème, la sage-femme appelle le pédiatre de garde en néonatologie à St Vincent de Paul pour avis.

En cas de non reprise de poids de l'enfant à la 1ère visite de la sage-femme :

- soit il y a une raison évidente, et la SF re-contrôle le lendemain
- soit il n'y a pas de raison, et la sage-femme appelle le pédiatre pour avis

En cas de non reprise de poids de l'enfant à la 2ème visite de la sage-femme :

- elle appelle le pédiatre pour avis.

En cas de photothérapie à faire après une sortie :

- hospitalisation de l'enfant en néonatologie en favorisant l'accès à la chambre mère-enfant.

Les premiers résultats

Mise en route début septembre 2006

- 152 accouchements
- 18 sorties précoces : 11,8%
- 46 exclusions
  - 11 problèmes psychosociaux
  - 9 refus de la patiente
  - 9 hors secteurs
  - Autres

discussion

1. La sélection des populations concernées
    - Sélection géographique !
    - Sélection psychosociale !
    - Sélection sur la parité !
    - Sélection sur le suivi en maternité !
2. La communication avec les médecins traitant :
    - Le courrier
    - le détournement des consultations
3. Le médicolégal
4. Le service rendu :
    - Optimisation du rapprochement de la mère et du nouveau né au sein de la cellule familiale ?
    - « le temps de vivre les évènements fondamentaux de sa vie »
5. La maternité : une entreprise ?